FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 2e SÉRIE N° 1

A PROPOS DE QUELQUES CAS D'APPENDICITE HERNIAIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 15 Novembre 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Narcisse-Antoine-Emile CAYOTTE,
Né à Lagney (Meurthe-et-Moselle), le 2 Mai 1888.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	MM. WEISS	professeur.		*Président.*
	ETIENNE	professeur..		
	G. GROSS	agrégé.....		*Juges.*
	SENCERT	agrégé.....		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1912-1913 2e SÉRIE N° 1

A PROPOS DE QUELQUES CAS D'APPENDICITE HERNIAIRE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 15 Novembre 1913.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Narcisse-Antoine-Emile CAYOTTE,
Né à Lagney (Meurthe-et-Moselle), le 2 Mai 1888.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. WEISS	professeur...	*Président.*
ETIENNE	professeur...	*Juges.*
G. GROSS	agrégé.....	
SENCERT	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS, O ✻, I ✪.
Assesseur : M. WEISS, ✻, I ✪.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS, ✻, I ✪, NICOLAS, I ✪, PRENANT, ✻, I ✪, BERNHEIM, O ✻, I ✪.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. GROSS, O ✻, I ✪.
Physique médicale	M. CHARPENTIER ✻, I ✪.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪.
Clinique chirurgicale	M. WEISS ✻, I ✪.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪.
Clinique médicale	M. SPILLMANN ✻, I ✪.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT ✻, I ✪.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪.
Clinique médicale	M. SIMON, I ✪.
Physiologie	M. MEYER, ✻, I ✪.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. ETIENNE, I ✪.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ✪.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ✪.
Médecine légale	M. PARISOT, ✻, I ✪.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, I ✪.
Histologie	M. BOUIN, I ✪.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I ✪.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I ✪.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'électrothérapie (1)	M. GUILLOZ, ✻, I ✪.
Pathologie externe	M. VAUTRIN, I ✪.

Chargés de Cours complémentaires.

Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, I ✪, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. L. SPILLMANN, I ✪, agrégé libre.
Accouchements	M. N....
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie (1)	M. FRŒLICH, I ✪, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie (1)	M. JACQUES, I ✪, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires (1)	M. ANDRÉ, I ✪, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS, I ✪.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I ✪, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M. ZILGIEN, I ✪, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GUILLOZ, ✻, I ✪.
LAMBERT, I ✪.
RICHON, I ✪.
G. GROSS, I ✪.
FRUHINSHOLZ, I ✪.

MM. COLLIN, A ✪.
DUFOUR, I ✪.
SENCERT, A ✪.
ROBERT, I ✪.

MM. BUSQUET, I ✪.
LUCIEN, A ✪.
BINET.
PERRIN, A ✪.

Agrégés libres

MM. REMY, A ✪, FÉVRIER, O ✻, I ✪, ZILGIEN, I ✪, FRŒLICH, I ✪, JACQUES, I ✪, ANDRÉ, I ✪, MICHEL, I ✪, L. SPILLMANN, I ✪.

M. H. COIFFARD, I ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

(1) Fondation de l'Université.

A MES PARENTS

Faible témoignage d'affection et de filiale reconnaissance.

A MES AMIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1910-11).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

DOYEN DE LA FACULTÉ

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

(Externat 1910-11).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ÉTIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

(Externat 1911-12).

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROHMER

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

(Externat 1911-12).

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS G. GROSS,
FRUHINSHOLZ, SENCERT

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

Hommage respectueux et reconnaissant.

INTRODUCTION

Au cours de notre Externat dans le service de M. le Professeur Gross, nous avons vu opérer par M. le Professeur agrégé Georges Gross un malade atteint d'appendicite herniaire. Déjà, en 1903, lors d'une intervention, croyant opérer une hernie étranglée, notre jeune maître découvrit dans le sac herniaire un appendice atteint d'appendicite aiguë suppurée, sans aucun étranglement. Cette observation devait être le point de départ du travail de M. André Lévy (1), qui a essayé de faire le diagnostic différentiel entre la hernie étranglée et l'appendicite herniaire. Quelques mois auparavant, M. G. Gross avait écrit un article sur les hernies du gros intestin adhérentes par glissement (*Arch. prov. de chirurgie*), où de nombreuses allusions sont faites à l'appendicite herniaire.

Sur le point de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, où nous avons parcouru le cycle entier de

(1) A. LÉVY. — Complications des hernies de l'appendice. *Arch. prov. de chirurgie*, juillet-septembre 1903.

nos études, il a bien voulu nous confier la mise au point de cette question si obsédante à l'heure actuelle où l'appendice joue un si grand rôle dans la pathologie chirurgicale de l'abdomen. Et, ce qui en fait surtout l'intérêt clinique, c'est que l'appendice se trouve en quelque sorte hors de l'abdomen et que la scène morbide se déroule non plus dans la grande cavité péritonéale mais en dehors d'elle, à l'intérieur d'un sac herniaire. C'est au XVIII[e] siècle que Kraüse en Allemagne, Hervin en France, Henle et Lushka en Angleterre ont, pour la première fois, signalé, décrit et précisé le mode de formation de cette appendicite herniaire. Viennent ensuite les travaux remarquables de Klein (1868), de Richet (1881), de Polosson (1888). Le Dentu, au cours de ses savantes leçons cliniques, ajoute plusieurs cas à ceux rapportés par Verneuil et Reclus. Puis Brieger dans une étude d'ensemble réunit les nombreux cas semés dans la littérature médicale et complète ainsi le travail de Klein. Vers la même époque prennent jour les premières monographies faites en France sur ce sujet par MM. Charnois (1), Bariéty (2), Osty (3), Naquet (4), Honoré (5).

En 1902, Guinard fait une communication à la Société de chirurgie de Paris et le Professeur Estor, de Montpellier, consacre plusieurs articles à cette question dans son traité « Sur les Hernies étranglées du nourrisson ».

(1) Charnois. — Thèse de Lyon (1894).
(2) Bariéty. — Thèse de Paris (1894).
(3) Osty. — Thèse de Paris (1900).
(4) Naquet. — Thèse de Paris (1900).
(5) Honoré. — Thèse de Paris (1902).

En 1903, paraît l'opuscule de M. André Lévy, de Nancy ; puis, les années suivantes, les thèses de MM. Denis (1), L. Pilleboue (2), Jacquemin (3) — qui est une excellente étude clinique de l'appendicite herniaire, — de Merlo (4) et enfin celle de Devaux (5) dans laquelle il attire notre attention sur quelques cas s'étant produits dans un sac renfermant l'appendice vermiforme seul.

Cet aperçu historique esquissé, nous ne pouvons pas, après des travaux aussi nombreux et aussi documentés, avoir la prétention de refaire une étude complète de cette variété d'appendicite. Nous allons seulement nous borner, dans notre modeste travail, à rapporter une série d'observations et à faire à propos d'elles, en nous inspirant des recherches antérieures et en corroborant les opinions des différents auteurs, les remarques qui nous sembleront judicieuses.

Mais, tout d'abord, avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous croirions manquer à notre devoir en négligeant d'exprimer notre sincère gratitude à tous nos maîtres de la Faculté qui ont contribué à notre instruction médicale.

M. le Professeur Weiss a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous sentons tout le prix d'un tel honneur ; qu'il veuille bien accepter l'hommage de notre profonde et bien respectueuse reconnaissance.

(1) Denis. — Thèse de Montpellier (1904).
(2) L. Pilleboue. — Thèse de Montpellier (1904).
(3) Jacquemin. — Thèse de Paris (1904).
(4) Merlo. — Thèse de Paris (1908).
(5) Devaux. — Thèse de Montpellier (1911).

C'est avec le plus grand plaisir que nous nous rappellerons notre séjour au service de M. le Professeur Rohmer, dont nous avons été l'externe pendant un semestre. Nous garderons un excellent souvenir de la façon si agréable, si captivante, avec laquelle il sait inculquer à ses élèves ses connaissances ophtalmologiques.

Que M. le Professeur agrégé Sencert veuille bien accepter nos vifs remerciements pour l'amabilité avec laquelle il a consenti à faire partie du jury de notre thèse et pour les excellents conseils de pratique chirurgicale qu'il nous a donnés durant toute notre scolarité.

Nous n'oublierons pas non plus les précieuses leçons de clinique faites au lit du malade par M. le Professeur Etienne, dont le dévouement et la sympathie inlassables sont connus de tous les Etudiants.

Enfin, nous tenons à adresser à M. le Professeur agrégé Georges Gross l'expression de notre sincère gratitude pour la marque de bienveillance qu'il nous a témoignée en nous confiant ce travail pendant l'exécution duquel nous avons eu plusieurs fois recours à ses conseils éclairés. Nous n'oublierons jamais l'accueil plein d'affabilité que nous avons constamment trouvé auprès de lui et la sympathie qu'il nous a témoignée pendant notre Externat dans le service de M. le Professeur Gross, son père, qui, lui aussi, a droit à notre reconnaissance et à notre respect, comme maître et comme doyen.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I (Résumée).

(Docteur Lozano. J. Ponce. — Revue de chirurgie (Séance du 10 mai 1909.)

Appendicite herniaire avec corps étranger de l'appendice (arête de poisson). — Guérison.

Histoire de la maladie. — Il s'agit d'un enfant de 17 mois, qui, à l'âge de 5 mois, fut atteint d'une crise aiguë caractérisée par une grande agitation, des cris, des vomissements.

A l'examen, on constate dans la région inguinale droite la présence d'une tuméfaction du volume d'une orange.

On diagnostiqua une hernie étranglée et on conseilla l'intervention immédiate. La mère s'y refusa et préféra des applications chaudes qui firent disparaître la tumeur ainsi que les douleurs et les vomissements.

Il y a un mois, à la suite d'une rougeole, la tumeur reparut dans la région inguinale, s'accompagnant de fièvre et

de douleurs. A l'examen, elle était mate, irrégulière, irréductible, fluctuante par places.

La peau était tuméfiée et violacée. Le testicule paraissait englobé dans la tuméfaction qui s'ouvrit spontanément dans la journée donnant issue à une grande quantité de pus.

On diagnostiqua une hernie épiploïque étranglée.

Intervention. — On opéra le surlendemain. Dans le sac, on trouva une arête de poisson, de la dimension d'une épingle et un appendice iléo-cœcal très altéré. On enleva l'un et l'autre avec le cordon et le testicule qui étaient intimement adhérents au sac.

Le docteur Barragan explique ces deux crises appendiculaires successives de la façon suivante :

La première crise fut provoquée par la présence d'un corps étranger dans la lumière du canal appendiculaire.

La deuxième crise fut déterminée par cette poussée de rougeole qui a trouvé au niveau de l'appendice, un organe de moindre résistance.

OBSERVATION II

(N.-N. Menchikoff. — Chirourguia, tome XXVIII, n° 168. Décembre 1910, p. 773 à 783.)

Un cas de gangrène de l'appendice vermiforme dans un sac herniaire (appendicite herniaire). — Guérison.

Histoire de la maladie. — Un homme de 47 ans entre à l'hôpital, le 22 octobre 1909, se plaignant d'une tumeur douloureuse dans l'aine droite, grosse comme le poing,

irréductible depuis quatre jours, alors qu'auparavant, elle se réduisait facilement. Pas de vomissements. La tumeur est douloureuse, élastique, en forme de gourde peu mobile, s'enfonçant dans le canal inguinal.

Au-dessous d'elle, on sent le testicule normal et entre les deux, une tumeur ayant tous les caractères d'un kyste du cordon. La tumeur est mate et la peau qui la recouvre n'est pas altérée.

La hernie remonte à 23 ans et depuis, elle a été trois fois le siège de crises douloureuses.

Opération. — L'intervention eut lieu le jour même de l'entrée. Toutes les tuniques recouvrant la tumeur sont soudées entre elles. La tumeur moyenne est formée par un kyste entièrement clos et plein de liquide citrin.

L'ouverture de la tumeur supérieure fut très délicate : nulle part on ne trouvait ni plan de clivage, ni cavité ; enfin, avec les plus grandes précautions, on parvint à la partie supérieure de la tumeur à mettre à nu une surface lisse qu'on reconnut être de l'intestin qu'il fut d'ailleurs impossible d'isoler à cause de ses adhérences en arrière et latéralement. En prolongeant l'incision en bas, on ouvrit une cavité du volume d'un œuf de pigeon rempli d'un pus épais et fétide. Dans son intérieur, on reconnut la base de l'appendice et son sommet, tous deux juxtaposés et longs de 5 millimètres, le restant de l'appendice, évidemment recourbé en anse, avait été détruit par la gangrène. Il fut très difficile d'isoler le fond du cœcum à cause des adhérences.

Il fut réduit dans l'abdomen après résection du sommet de l'appendice ; la base au contraire fut laissée en place.

Tamponnement. Guérison par deuxième intention.

OBSERVATION III

(M. Daniel, interne des Hôpitaux de Marseille. — Gazette des Hôpitaux, 23 juillet 1912.)

Appendicite herniaire avec adhérence du méso-appendice au sac et corps étranger de l'appendice (épine d'oursin). — Guérison.

Le nommé G. E., âgé de 23 ans, journalier, entre à la Conception dans le service de M. le Docteur Pluyette, le 6 février 1912.

Ses antécédents héréditaires sont sans importance.

Antécédents personnels. — On note, à l'âge de douze ans, une otite compliquée de mastoïdite ; à quatorze ans, un abcès froid à la cuisse gauche.

Il y a deux ans, le malade a présenté une première crise consistant en une douleur très violente et très brusque siégeant au niveau de l'aine droite et se propageant secondairement à l'épigastre, accompagnée de l'apparition d'une tumeur inguinale du volume d'un œuf de pigeon, arrêt des matières et des gaz, quelques vomissements bilieux. Au bout de six heures, la tumeur disparaît et les autres symptômes s'amendent peu à peu. Le malade reprend son travail et trois mois après part pour le service militaire pendant lequel on n'a rien constaté, et dont il est revenu il y a cinq mois.

Histoire de la maladie. — La crise actuelle a débuté le 4 février à dix heures du matin. Le malade ressent brusque-

ment une douleur très violente au niveau du pli inguinal droit en même temps qu'apparaît en cet endroit une petite tumeur, au bout de deux heures la douleur disparaît et la tumeur diminue de volume. Dans l'après-midi, quelques vomissements bilieux ; la grosseur existe toujours, la douleur abdominale se localise à l'épigastre et dure jusqu'au 5 février au matin, date à laquelle la tumeur disparaît également. Le malade se lève et marche une partie de la journée, mais il ne se sent pas bien, puisque le 6 au soir, il entre à l'hôpital présentant depuis trois jours de l'arrêt complet des matières et des gaz.

A ce moment, au niveau du canal inguinal droit, on trouve une petite grosseur du volume d'un œuf de pigeon légèrement allongée. Sa consistance est dure, elle est mate à la percussion, peu douloureuse à la pression. Elle est réductible et passe à travers un canal inguinal assez large pour admettre facilement l'index. Quand on l'attire au dehors, on sent assez nettement un cordon continuer son pôle profond vers l'abdomen. Les deux testicules sont dans les bourses. La température atteint 37°8, le pouls 90 par minute. Donc, petite tumeur solide, réductible, peu douloureuse avec quelques vomissements et surtout un arrêt absolu des matières et des gaz depuis trois jours, tels étaient les symptômes que présentait le malade à son entrée à l'hôpital. Sans que l'on puisse en préciser exactement la cause, l'occlusion est évidente, l'intervention est décidée.

Intervention. — Durée : trente-cinq minutes. Incision sur le trajet inguinal. Découverte de la tumeur qui se présente sous l'aspect d'une masse peu allongée, presque sphérique, très dure. L'incision sur la face antérieure et près de son pôle inférieur traverse un tissu dur, blanchâtre et conduit

sur une petite cavité aux parois tomenteuses et violacées, contenant un petit corps pointu, ayant tous les caractères d'une épine d'oursin. Il est évident qu'on vient d'ouvrir l'appendice. Aussitôt, agrandissement de l'incision par en haut, incision d'un sac nettement reconnaissable ; c'est bien l'appendice seul qu'il contient, mais comme il adhère par sa pointe et par le bord libre de son méso-appendice, on ne peut l'extraire. Il est également très difficile d'attirer le cœcum adhérent par toute sa face postérieure. On peut cependant lier et sectionner l'appendice, puis son méso adhérent, par son bord libre au péritoine pariétal, enfouir le moignon appendiculaire par une suture en bourse. On isole alors facilement le sac contenant l'appendice et on le sépare d'un coup de ciseaux. Suture en surjet de l'incision péritonéale, suture de la paroi musculaire avec un fil d'argent passé en lacets de bottine, suture de la peau aux agrafes de Michel. Un petit drain en verre est disposé dans la partie supérieure de l'incision.

Résultats opératoires. — Le lendemain, 7 février, la température vespérale atteint 38 degrés. Dans la soirée, le malade a une première selle suivie bientôt d'une débâcle diarrhéique. La cicatrisation de la plaie se fait normalement. Le malade sort complètement guéri le 22 février.

Examen de la pièce. — Longueur de l'appendice : 7 centimètres, son extrémité inférieure, renflée, dure, a été incisée avec le sac auquel elle adhérait. C'est là que se trouvait l'épine d'oursin. La muqueuse est en ce point congestionnée et violacée. Plus haut, l'appendice est absolument libre dans le sac herniaire, sauf le méso-appendice, dont le bord libre est adhérent au péritoine pariétal qui forme le sac.

OBSERVATION IV

(MM. Georges Gross et Heully. — Revue médicale de l'Est, 1er août 1912.)

Appendicite herniaire avec corps étranger de l'appendice (Calcul stercoral). — Guérison.

Antécédents personnels. — Homme de 63 ans, exerçant une profession sédentaire, présentant depuis de nombreuses années, une hernie inguinale droite, bien maintenue par un bandage.

Histoire de la maladie. — Le 22 mars, brusquement, dans l'après-midi, sa hernie le fait souffrir et il constate qu'elle est irréductible. Il se couche, se fait appliquer un cataplasme. La nuit est mauvaise, agitée. Le malade souffre, vomit deux fois, a des nausées.

Depuis la veille, n'a ni gaz, ni selle.

Il fait appeler un médecin le lendemain dans la matinée. L'état général est bon, le pouls à 90, la température à 37°8.

Volumineuse hernie inguinale droite, douloureuse, irréductible, mate. Nausées fréquentes et un nouveau vomissement.

Le diagnostic de hernie étranglée est posé et M. Georges Gross appelé l'ayant confirmé, le malade est transporté à la maison de santé et opéré aussitôt.

Intervention. — A l'ouverture du sac, celui-ci contient un volumineux appendice turgescent, en forme de battant de cloche, très renflé à son extrémité, dont la base n'est pas étranglée dans le collet du sac qui n'est d'ailleurs pas très étroit. C'est le volume de l'appendice qui l'a maintenu dans

le sac, appendicite et non hernie étranglée de l'appendice. Résection de l'organe. Cure radicale.

Suites opératoires absolument normales.

Examen de la pièce. — L'appendice est congestionné, mesurant douze centimètres de long, renflé à son extrémité. Les parois sont épaisses, altérées, et il contient un petit corps étranger stercoral qui l'oblitère et de la bouillie fétide.

OBSERVATION V

(MM. Georges Gross et Heully. — Revue médicale de l'Est, 1er août 1912.)

Appendicite herniaire avec corps étranger de l'appendice (fragment d'os), perforation.. — Guérison.

Antécédents personnels. — Homme de 63 ans, manœuvre, entre dans le service de M. le Professeur Gross.

Il porte depuis plus de quarante ans, une hernie inguinale droite, facilement réductible. C'est un ouvrier robuste, bien constitué, qui s'est livré pendant de longues années à des travaux pénibles sans avoir jamais fait de maladies sérieuses. Il y a de nombreuses années, à une date qu'il ne peut préciser, il a éprouvé au niveau de sa tumeur herniaire des douleurs très vives qui l'ont obligé à prendre quelques jours de repos.

Depuis cet accident passager d'engouement herniaire, il n'a plus rien présenté de particulier, lorsqu'il y a une quinzaine de jours, il ressentit au niveau de sa hernie, quelques douleurs assez vives.

Il continua son travail, mais le quatrième jour, la hernie devint irréductible, très douloureuse et le malade dut s'aliter.

Il présenta quelques nausées, mais le ventre restait souple ; un médecin pratiqua le taxis sans succès, ordonna des applications de glace, et le 3 juin, l'envoya à l'hôpital.

L'état général est bon, le pouls bat à 88, pas d'hyperthermie, pas de vomissements. Ni gaz, ni selle depuis vingt-quatre heures.

A l'inspection, on constate une tumeur inguinale droite volumineuse, descendant jusqu'au fond des bourses. La tumeur n'est pas très douloureuse, elle est dure, inégale, lobulée. Le pédicule est large. Les téguments ne sont pas modifiés. La tumeur est mate et irréductible.

On pose le diagnostic d'épiploïte dans un sac herniaire.

Intervention. — On fait l'incision habituelle pour les cures de hernies inguinales. Les tissus sont œdémateux et congestionnés, très adhérents au sac.

En cherchant à isoler le sac, on voit sourdre une goutte de pus très fétide à la face antérieure de la tuméfaction.

On aborde alors la hernie au voisinage de l'anneau, par une incision circulaire du sac, qui ne présente à ce niveau qu'une minime réaction inflammatoire. Le sac ouvert, on voit plonger dans la hernie, un cylindre du volume du petit doigt, partant de la face postérieure du cœcum et se fusionnant bientôt avec le sac, on sectionne l'appendice et son méso. On fait l'ablation de haut en bas de la masse herniée et du sac, on pratique ensuite la cure radicale de la hernie et on établit un drainage sous la peau.

Les suites opératoires se déroulèrent sans incident. Le soir même, le malade allait très bien ; pas de température ; les urines sont très abondantes.

Le lendemain, même état satisfaisant.

Au bout de huit jours, on enleva les fils, et quinze jours après l'opération, le malade quitta l'hôpital complètement guéri.

Examen de la pièce. — Le sac incisé à partir de l'orifice d'où s'était écoulé du pus, montre à cet endroit, une cavité contenant 60 à 80 grammes d'un pus verdâtre, très fétide et un corps étranger dur, de plus d'un centimètre, qui n'est autre qu'un fragment d'os. Lorsque la cavité est détergée, on constate sur l'appendice une perforation assez large pour admettre l'extrémité de l'index et qui fait communiquer sa lumière avec la cavité de l'abcès. Des fausses membranes soudent intimement l'appendice au sac sur toute son étendue.

En résumé, il s'agissait d'une perforation de l'appendice par corps étranger dans un sac herniaire, avec formation d'un abcès dans la cavité du sac, et soudure intime de l'appendice aux parois du sac.

OBSERVATION VI

(Observation inédite due à l'obligeance de M. Georges Gross.)

Appendicite herniaire avec corps étranger de l'appendice (calcul stercoral). — Perforation. — Guérison.

Au mois d'août 1912, M. le Professeur agrégé Georges Gross fut appelé à donner ses soins à M. X..., âgé de 67 ans, professeur à l'Université de Paris.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Cependant, il y a 18 mois, l'analyse des urines révéla quel-

ques traces de sucre qui disparurent après quelques mois d'un régime sévère.

Depuis dix ans, on avait constaté chez ce malade, une hernie inguino-scrotale droite, réductible et jamais douloureuse. Cette tumeur herniaire du volume d'une mandarine était assez mal maintenue par un bandage.

Histoire de la maladie. — Vers le 15 juillet 1912, M. X... quitte Paris pour aller en villégiature dans la Meuse, au cours de son voyage, il se refroidit, est atteint de grippe et doit garder la chambre pendant une quinzaine de jours. Il commence à sortir au début d'août, mais est encore souffrant. Le 23, très brusquement, le malade ressent une douleur excessivement violente au niveau de sa hernie ; il pâlit, a des tendances à la syncope et doit s'aliter en attendant l'arrivée d'un médecin. Celui-ci constate, le soir même, au niveau du pli inguinal droit, la présence d'une hernie volumineuse, dure, douloureuse et irréductible. Il pose le diagnostic d'hernie étranglée et essaye de pratiquer un taxis léger sans obtenir de résultat. Le traitement médical est prescrit (diète, application de cataplasmes, repos couché).

Le lendemain 24, l'état du malade ne s'est pas sensiblement amélioré. Il souffre continuellement, éprouve quelques nausées et la douleur herniaire a de temps à autre des exacerbations, rappelant en tous points les coliques abdominales. Vers le soir, les nausées sont plus fréquentes, mais il n'y a pas de vomissements. Le pouls est à 100, la température à 38°3, on continue le même traitement symptomatique, on fait une injection de morphine.

Le 25, au matin, l'état nauséeux est de plus en plus marqué, le pouls reste stationnaire, la température augmente légèrement, T = 38°5 ; le médecin fait appeler le Docteur Georges Gross, qui, à son arrivée, à 2 heures de

l'après-midi, constate que l'état général du malade est relativement bon. Le pouls est rapide, mais régulier, égal et bien frappé, la hernie est volumineuse, tendue, mate et très douloureuse à la palpation. Le ventre est souple. La veille après un lavement, il y a eu une selle et le matin quelques gaz. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes et un peu de hoquet.

Frappé du début brusque et excessivemennt douloureux de ces accidents, de l'intensité des phénomènes locaux coïncidant avec la bénignité relative des phénomènes généraux (pas d'arrêt des matières et des gaz, pas de vomissement, souplesse du ventre, bon facies), et aussi de ce fait que le malade présente des crises douloureuses bien localisées venant se surajouter de temps à autre à une douleur continue, M. Georges Gross porta le diagnostic d'appendicite herniaire probable et jugea l'intervention nécessaire.

Opération. — L'anesthésie à l'éther est faite à l'aide de l'appareil d'Ombredanne. M. le Docteur Gross fit l'incision habituelle pour les cures radicales des hernies inguinales. La peau était très mince, très rapidement il tomba sur le sac, modérément distendu, qu'il incisa et duquel s'écoula une grande quantité d'un liquide séreux, de coloration brunâtre, qui est rapidement essuyé à l'aide d'une compresse aseptique. En retirant la compresse, il fut étonné de voir un calcul stercoral, du volume d'un gros pois qui nageait dans ce liquide louche et putride. Aussitôt, il aperçoit dans le sac, l'appendice iléo-cœcal volumineux (11 centimètres de long et de la grosseur du pouce), congestionné, tuméfié et présentant à son extrémité une perforation. Il se rendit facilement compte que l'appendice était étranglé à sa base dans l'anneau inguinal. Après un nettoyage minutieux de la région, une désinfection à la teinture

d'iode, un léger débridement du sac qui permit d'attirer l'appendice, de voir la paroi cœcale, il sectionna à l'aide du thermocautère l'appendice et son méso postérieur qu'il avait eu soin auparavant de ligaturer au fil de lin. Cette libération fut très facile, ainsi que la fermeture et la résection. Un drainage capillaire aux crins de Florence fut laissé dans le tissu cellulaire.

Suites opératoires normales. — Le soir, le malade allait très bien ; plus de température, les urines sont très abondantes. Pendant quinze jours, on constata une légère suppuration superficielle.

L'opéré se lève le vingtième jour et actuellement, il est en parfaite santé.

OBSERVATION VII

(Docteur Fauchery. — Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 16 août 1913.)

Hernie du cœcum devenue irréductible par appendicite herniaire. — Guérison.

Enfant de 13 ans, entré dans le service du Professeur Martel pour être opéré d'une hernie inguinale congénitale droite.

Il disait n'avoir jamais souffert de sa hernie.

La veille de l'intervention projetée, la hernie brusquement devient douloureuse, tendue et irréductible ; elle prend les caractères d'une hernie en voie d'étranglement avec vomissements alimentaires et même un peu fécaloïdes, le ventre est très douloureux, l'état général est très altéré ; la température monte à 38° 38°5.

Le petit malade est placé en position déclive, avec glace sur la hernie pour essayer la réduction spontanée, mais inutilement. L'intervention est faite d'urgence : l'ouverture du sac montre un péritoine congestionné, formant un sac complet ; le sac contient le cœcum tout entier, distendu, mais souple. Sur la face interne de l'intestin hernié, on trouve, formant une sorte d'attelle épaisse et raidie, l'appendice congestionné, avec un méso épais et très court qui coiffe le bord du cœcum ; l'appendice a une insertion cœcale en bas, au fond du sac, telle que la pointe, en inversion, est fixée par d'anciennes adhérences et seulement juste à la pointe, au point d'insertion pubienne du pilier inguinal interne. L'appendice est libéré de cette adhérence, il est reséqué et la hernie du cœcum est réduite très facilement ; une petite mèche de gaze pour drainage est laissée et la paroi inguinale est fermée. Guérison simple et rapide.

OBSERVATIONS RESUMEES

Obs. VIII. — Louis Michel. — Revue Médicale de l'Est, juillet 1906. — Appendicite herniaire latente. — Garçon de 12 ans. Canal inguinal. Parasites intestinaux dans le canal appendiculaire. Pas de phénomènes généraux. Opération. Guérison.

Obs. IX. — Louis Michel. — Revue Médicale de l'Est, juillet 1906. — Appendicite herniaire. — Femme de 53 ans. Canal crural. Appendice gangréné. Calcul stercoral. Vomissements alimentaires, puis bilieux. Gaz et selles. Opération. Guérison.

Obs. X. — Riche. — Bulletin Société Anatomique de Paris, Mai 1906. — Appendicite herniaire. — Femme de 46 ans.

Forme épiploïte. Etat nauséeux. Pas de vomissements. Opération. Guérison.

Obs. XI. — Estor. — Thèse Merlo, 1908. — Appendicite herniaire. — Garçon de 19 mois. Canal inguinal. Forme entérocèle étranglée. Pas de vomissement. Gaz et selles. Opération. Mort.

Obs. XII. — Launay. — Observation rapportée par Villemin. — Société de Chirurgie de Paris, 20 mai 1908. — Appendicite herniaire. — Garçon de 28 jours. Canal inguinal. Forme entérocèle étranglée. Vomissements fécaloïdes. Arrêt gaz et matières. Opération. Guérison.

Obs. XIII. — Bérard et Vincent. — Revue de Chirurgie, 25 mars 1909. — Homme de 56 ans. Canal inguinal. Forme épiploïte. Opération. Guérison.

Obs. XIV. — Massini. — Thèse Devaux. Montpellier 1911. — Appendicite herniaire du canal de Nück. Forme hernie étranglée. Vomissements bilieux. Constipation absolue, mais les gaz passent. Opération. Guérison.

Obs. XV. — Fiolle. — Thèse Devaux. Montpeller 1911. — Appendicite herniaire. — Homme de 38 ans. Canal inguinal. Forme entérocèle étranglée. Suppuration de l'appendice. Double perforation de l'appendice. Péritonite. Vomissements. Gaz et selles. Opération. Guérison.

Obs. XVI. — Fiolle. — Thèse Devaux. Montpellier 1911. — Garçon de 14 mois. Canal inguinal. Inflammation par action du bandage. Adhérence de l'appendice au testicule. Opération. Guérison.

CHAPITRE II

Etiologie et pathogénie

Etudier l'étiologie de l'appendicite herniaire revient à rechercher le processus de la hernie de l'appendice et les causes de l'inflammation de cet organe.

a) La question de l'appendicite a été longuement traitée dans de nombreux travaux et monographies et ce serait sortir complètement de notre sujet que de reproduire les différentes théories qui ont expliqué cette descente de l'appendice dans le canal inguinal, dans l'anneau crural, son invagination dans le triangle de Petit ou par l'orifice ombilical, sa sortie par le trou obturateur ou à travers le diaphragme. De ces dernières variétés d'appendicite herniaire nous ne parlerons que pour mémoire, car ce sont des raretés pathologiques qui sont le plus souvent des trouvailles d'autopsie ou des découvertes opératoires. Nous dirons seulement que pour expliquer l'appendicocèle du canal inguinal droit, on a incriminé la longueur de l'appendice descendant dans le canal péritonéo-vaginal qui, chez l'enfant, n'est pas encore fermé et les

adhérences de l'appendice avec le testicule et les éléments du cordon, adhérences qui auraient pour effet d'entraîner l'appendice lors de la migration du testicule dans le scrotum. Ces conditions nécessaires chez l'enfant ne le sont plus chez le vieillard où le mode de formation est le résultat de l'atonie intestinale, de la ptose cœcale et colique, de la diminution de la tonicité musculaire, de la distension facile des anneaux inguinaux et cruraux qui facilite la formation de hernie qui peut alors se compliquer d'appendicocèle. Comme le dit Lévy, « chez le vieillard l'intestin devient paresseux, il s'immobilise parce que les couches musculaires ne sont plus aptes à fournir le travail qu'elles produisaient auparavant. L'appendice vient-il à s'engager dans un sac herniaire, qu'arrivera-t-il ? Il restera en quelque sorte figé dans sa situation nouvelle, puisque les contractions intestinales n'auront plus la force de le tirer de sa position dangereuse, et la moindre cause occasionnelle ou prédisposante suffira pour mettre le feu aux poudres et faire naître les graves accidents de l'appendicocèle ». Dans les observations nouvelles que nous avons recueillies, il s'agit d'appendicocèle du canal inguinal, nous laisserons donc de côté les autres variétés et après avoir mentionné que l'appendicocèle du canal crural ne peut s'expliquer que par la formation d'une hernie antérieure ou concomitante et par la disposition favorable de l'appendice qui vient s'engager dans ce sac.

De ces considérations étiologiques il découle que l'appendicite herniaire doit surtout être fréquente chez l'enfant et chez le vieillard. C'est ce que confirme

notre statistique portant sur 93 cas. (Aux 77 rapportés par Jacquemin (thèse 1904-05), nous avons ajouté les 16 observations que nous avons relevées depuis cette époque dans la littérature médicale.)

3 cas, au-dessous de 1 an.
9 cas, de 1 à 3 ans.
5 cas, de 10 à 20 ans.
7 cas, de 20 à 30 ans.
7 cas, de 30 à 40 ans.
13 cas, de 40 à 50 ans.
18 cas, de 50 à 60 ans.
23 cas, de 60 à 70 ans.
8 cas, au-dessus de 70 ans.

Par conséquent, c'est de 1 à 3 ans et surtout de 60 à 70 ans que l'appendicite herniaire a son maximum de fréquence.

Elle est donc l'apanage du vieillard, tandis que l'appendicite ordinaire se rencontre surtout de 10 à 20 ans, comme l'ont établi les recherches de MM. Fitz, Bamberger, Matterstok et de Mlle Gordon. Si on envisage maintenant l'influence du sexe, on constate ce que Klein, Brüger, Jacquemin avaient déjà montré, que l'appendicite herniaire se trouve plus souvent chez l'homme que chez la femme.

Sur 93 cas : 60 cas chez l'homme ; 33 cas chez la femme.

Et de plus on retrouve ici d'une façon probante l'influence des dispositions anatomiques particulières à l'homme et à la femme.

Sur ces 60 cas : 56 cas d'appendicites herniaires inguinales ; 4 cas d'appendicites herniaires crurales.

Sur ces 33 cas : 3 cas d'appendicites herniaires inguinales ; 30 cas d'appendicites crurales.

En effet, le canal de Nück s'oblitère plus facilement que le canal péritonéo-vaginal, d'où la rareté relative de la hernie inguinale chez la femme.

b) Quant aux causes de l'inflammation de cet appendice, elles sont multiples.

Tout d'abord celles qui tiennent à la position toute spéciale relativement superficielle qu'occupe l'appendice dans un sac herniaire. Il est exposé aux traumatismes accidentels, aux différents chocs venus de l'extérieur, aux irritations provoquées par le bandage dans le cas où on utilise cet appareil de contention, aux malaxations inopportunes, incorrectes, de trop longue durée, que l'on fait souvent subir aux tumeurs de ce genre dont on tente la réduction.

D'autres fois, la gêne circulatoire deviendra un facteur étiologique important. En effet, la vascularisation de l'appendice est toute différente du reste de l'intestin : une seule artère principale s'y rend, branche d'une artère intestinale et on comprend que toute cause mécanique telle que torsion, compression, tiraillement, facilités par les modifications constantes de forme, de volume, de situation du cœcum, puisse troubler cette circulation, oblitérer l'artère principale et provoquer dans l'appendice un lieu de moindre résistance aux infections.

Celui-ci deviendra alors turgescent, augmentera de volume et, dans ces conditions, il ne tardera pas à être stricturé par des anneaux herniaires qui, jusqu'ici, lui avaient livré passage. Le collet du sac herniaire,

lui aussi, ne tarde pas à se congestionner, à s'œdématier et ainsi s'installe l'étranglement appendiculaire. Et alors, comme le faisait remarquer Jacquemin, il est bien difficile, au point de vue clinique, de séparer cet étranglement appendiculaire de l'appendicite herniaire car il existe toujours, sinon primitivement du moins secondairement, des lésions identiques.

Toutefois, si à l'ouverture du sac herniaire on tombe sur un appendice volumineux, turgescent, en forme de battant de cloche, très renflé à son extrémité (obs. IV), de même si la terminaison de l'appendice est sphacélée (obs. IX), ou perforée (obs. V et VI), sans qu'il y ait de stricture sérieuse sur la partie supérieure, le diagnostic d'appendicite herniaire s'impose évidemment.

Ensuite toutes les causes qui interviennent dans l'éclosion de l'appendicite abdominale gardent ici toute leur valeur. L'appendice est un organe en voie de régression qui est en état d'infériorité physiologique vis-à-vis du reste de l'intestin : les échanges intra-organiques y sont plus faibles, la circulation des matières se fait à son niveau plus difficilement que dans le reste du canal intestinal. En outre, le cœcum en est, comme on le sait, le milieu le plus septique. On conçoit donc facilement que, par suite de son siège et de sa structure, l'appendice soit exposé aux infections et aux infections les plus graves.

Le mauvais état du tube digestif pourra avoir son retentissement sur l'appendice. Jalaguier a, un des premiers, attiré notre attention à ce sujet. Dans son article du Traité de chirurgie, il nous dit que « très

communément on relève dans les antécédents des sujets atteints d'appendicite des symptômes de fonctionnement défectueux de l'estomac et de l'intestin ». Bouchard et Legendre ont signalé la dilatation de l'estomac et, pour ma part, j'ai, comme Brun, observé maintes fois l'appendicite chez des enfants gros mangeurs, à estomac dilaté ; la constipation est très fréquente, de même la diarrhée.

Gilbert et Lereboullet (1) eux aussi se sont efforcés de montrer que, chez certains sujets, le tube digestif et ses annexes sont chroniquement infectés du fait d'une prédisposition spéciale à l'auto-infection. Ils ont désigné cette prédisposition sous le nom de « *diathèse d'auto-infection* ». Sous l'inspiration de ces auteurs, M. Delion a apporté dans sa thèse une contribution à l'étude de cette diathèse et de ses rapports avec l'appendicite. D'après lui, à l'état normal, les microbes contenus dans le tube digestif n'envahissent pas ses parois et ne remontent que fort peu dans les conduits glandulaires, mais chez certains sujets l'infection peut remonter plus loin dans l'épaisseur des tissus et des canaux : c'est la polycanaliculite microbienne qui peut entraîner de multiples conséquences : infection biliaire et cholémie, infection du pancréas, infection de l'appendice. Les sujets chez lesquels ces multiples accidents s'observent peuvent être considérés comme présentant un terrain particulier ; c'est ce qu'on qualifiait auparavant d' « arthritisme ». M. Delion a procédé à une enquête anatomique et clinique qui lui a

(1) Gilbert et Lereboullet. — *Le Monde médical*, mai 1907. Etiologie de l'appendicite.

montré chez presque tous les sujets atteints d'appendicite aiguë ou chronique les indices de la diathèse d'auto-infection : angiocholite chronique, cholémie familiale qui n'est qu'une modalité d'une prédisposition à cette diathèse.

La théorie de la « *cavité close* », de Dieulafoy, garde toujours toute sa valeur. L'oblitération d'une partie du canal appendiculaire, soit par un calcul (obs. V et VII) ou par la tuméfaction des parois infectées, soit par coudure ou étranglement de l'appendice, a pour effet de déterminer une cavité close dans laquelle les microbes, qui à l'état normal sont inoffensifs, comme tous les microbes de l'intestin à l'état libre, qui, emprisonnés, vont exalter leur virulence et devenir un terrible foyer de toxi-infection.

Les *parasites intestinaux* peuvent parfois déterminer l'éclosion de l'appendicite herniaire. Dernièrement, le docteur Garin (1) en a réuni 34 cas et d'après ses recherches, il résulte que la fréquence des parasites incriminés est la suivante : ascaris, 50 p. 100, oxyure, 20 p. 100, trichocéphale, 12 p. 100. Une fois seulement on trouva trois anneaux de tœnia et des trichocéphales (cas de Martin). Dans notre observation VIII, nous rapportons un cas de ce genre qui a été trouvé en 1906 dans le service de M. le Professeur Weiss : « Il s'agissait d'un enfant de 12 ans qui était entré à l'hôpital pour y être opéré d'une hernie. La cure radicale simple est faite. On trouve dans le sac

(1) Garin. — *Gazette des Hôpitaux* du 17 septembre 1910, p. 1455. De l'appendicite vermineuse.

l'appendice adhérent au fond, on le resèque quoiqu'il apparaisse absolument sain.

« L'examen histologique pratiqué par M. le Professeur Hoche dénote une appendicite folliculaire assez marquée et permet d'apercevoir « deux trichocéphales » en train de perforer l'appendice. »

Les *corps étrangers* interviennent dans la production de l'appendicite, mais à l'heure actuelle, que la pathogénie de l'appendice est mieux connue, ils ne sont plus regardés comme la cause principale de ce processus infectieux. En clinique, on a beaucoup exagéré l'introduction des corps étrangers dans ce canal. En consultant les meilleures statistiques, celles par exemple de Mitchell Bell, de Renvers, de Rostovtzew, on trouve seulement 2 p. 100 de corps étrangers engagés dans l'appendice sur un total de 3.337 cas observés après l'opération ou après autopsies. D'après les observations que nous avons citées précédemment, il semblerait que la présence de corps étrangers dans le canal appendiculaire soit très commune (1). Toutefois nous croyons que l'on doit attribuer cette fréquence à une pure coïncidence car, à part ces cas que nous venons de mettre en évidence et celui de Bariéty dans lequel l'obstruction du canal appendiculaire était faite par une dent de chat, on n'en a pas jusqu'ici signalé d'autres dans la littérature médicale. Ces corps étrangers au même titre que les calculs sterco-

(1) Observation I. — Arête de poisson.
Obs. III. — Epine d'oursin.
Obs. IV. — Calcul stercoral.
Obs. V. — Fragment d'os.
Obs. VI. — Calcul stercoral.

raux agissent, comme l'a montré Talamon, tantôt d'une façon exclusivement mécanique, tantôt en mettant en jeu la virulence des microbes. Le plus souvent ces deux conditions interviennent simultanément pour déterminer l'oblitération du canal étroit de l'appendice. Dans cette « cavité close » s'élabore par suite un foyer d'infection et d'intoxication dû à l'exaltation de la virulence des microbes emprisonnés. Certains auteurs se sont demandé si le canal appendiculaire était toujours ouvert vers le cœcum, s'il n'y a pas une barrière à son orifice contre l'introduction de corps étrangers ? Quoique cette question ne paraisse pas complètement résolue à l'heure actuelle, nous avons jugé qu'elle présentait un certain intérêt, c'est pourquoi nous la mentionnons. D'après les recherches de M. R. Robinson (1) « le canal appendiculaire se ferme par le concours de trois agents : 1° La musculature de la paroi qui forme une sorte de sphincter ; 2° la valvule constatée par Morgagni : c'est un repli de la muqueuse en forme de paupière ; 3° la direction de l'appendice qui au moment où les matières arrivent de l'iléon au cœcum, se redresse, se relève et va former un angle aigu avec la paroi cœcale.

« Si les matières s'accumulent trop longtemps dans le cœcum, si ce dernier organe reste constamment distendu, si une excitation ou une inflammation prolongée laissent fermé plus que d'habitude le canal appendiculaire, dans le premier cas par la coudure

(1) R. Robinson. — *Gazette des Hôpitaux*, 26 août 1907, page 1223. Sur le mécanisme de la fermeture du canal appendiculaire.

permanente, dans le second cas par réflexe contractural, le produit de sécrétion de l'appendice qui serait acide d'après Huschke, s'accumulant dans le canal, produirait l'inflammation de la muqueuse, diminuerait la défense de la paroi et faciliterait singulièrement l'œuvre des microorganismes. »

Dans un grand nombre de cas d'appendicite la cause semble nous échapper. Actuellement on tend à considérer ces dernières formes comme d'origine sanguine. C'est Ch. Richet fils, qui s'est fait le promoteur de cette *théorie hématogène*. Dans cette catégorie il range les appendicites primitives ou cryptogéniques qui sont signalées au cours des maladies infectieuses, telles qu'oreillons, rhumatisme articulaire aigu, érysipèle, rougeole (obs. I), scarlatine, furonculose, diphtérie, variole et varicelle, si bien qu'il arrive à cette conclusion : « qu'il n'est pas une grande septicémie dont elle ne puisse être une localisation ». Ce sont là évidemment des faits d'étiologie assez rares, mais grande est la fréquence d'appendicites « hématogènes » consécutives à la tuberculose. D'après les travaux de Letulle et de ses élèves, tout le monde connaît la fréquence des lésions tuberculeuses de l'appendice (114 cas sur 500 autopsies de tuberculeux d'après Lesieur). Certains admettent l'origine digestive de cette tuberculose qui serait, disent-ils, consécutive à la déglutition des crachats par les malades. Cependant avec Ch. Richet, tout en admettant que le fait soit possible et même assez fréquent, tout en reconnaissant que l'appendice peut être lésé par voie lymphatique ou par propagation d'une lésion

cœcale, nous croyons que souvent, le plus souvent sans doute, elle est d'origine sanguine.

Anatomie pathologique

Nous avons jugé utile de consacrer quelques lignes à l'étude anatomo-pathologique de l'appendicite herniaire malgré que ses caractères histologiques soient les mêmes que ceux de l'appendicite ordinaire.

Rappelons d'abord brièvement la constitution anatomique de l'appendice normal. Il est formé de quatre tuniques concentriques qui sont en allant de dehors en dedans, une tunique séreuse, une musculeuse, une celluleuse et une muqueuse. Cette dernière tunique offre pour nous un intérêt particulier, car c'est à son niveau que prend naissance le processus phlegmasique.

Elle est constituée essentiellement par des follicules clos, si nombreux et si volumineux qu'ils sont pour ainsi dire au contact les uns des autres et qu'ils occupent à eux seuls toute la muqueuse. On a pu dire, non sans raison, que leur ensemble constituait une seule et unique plaque de Peyer allant d'un bout à l'autre de l'appendice. Les follicules lymphatiques sont directement en contact avec l'épithélium cylindrique de la muqueuse ; entre les cellules se trouvent des espaces libres, véritables fentes intercellulaires bien décrites par Renaut, remplies de leucocytes et par lesquelles il y a communication directe avec la lumière du canal appendiculaire. On comprend ainsi

la facilité avec laquelle une infection pénètre la paroi de l'organe et combien sont fréquentes les folliculites primitives de l'appendice. Les lésions initiales se produisent surtout au niveau de l'extrémité de l'organe, au niveau de ce tissu adénoïde sous-muqueux dont la constitution rappelle absolument celle de l'amygdale. De même que l'amygdale est susceptible de s'irriter, de s'enflammer à la moindre infection, de même ce tissu lymphoïde appendiculaire subit les influences du milieu, s'irrite, s'enflamme à la moindre occasion. Des recherches importantes et nombreuses, des travaux remarquables ont été faits sur ce sujet par Bland Sutton (1891), Pilliet et Costes (1895), Letulle, Quénu, et combien d'autres, qui tous ont soutenu cette notion de la folliculite infectieuse.

Selon la virulence des microbes, l'infection de l'appendice va se borner soit à une infiltration inflammatoire des tuniques de l'organe, pouvant céder au traitement médical, soit évoluer vers la suppuration ; à la suite de ces poussées aiguës qui dans le cas d'appendicite herniaire ont moins de chance de se répéter plusieurs fois, on trouve l'appendice déformé, coudé ou enroulé autour de son méso, adhérent aux parties voisines ; à son intérieur, des points cicatriciels demeurent les témoins du processus aigu antérieur. D'autres paraissent en évolution et peuvent évoluer vers la suppuration.

Dans l'*appendicite aiguë pariétale* l'appendice est allongé, augmenté de volume, il est renflé à son extrémité inférieure, il est turgescent. C'est le volume de

l'appendice qui le maintient dans le sac herniaire (obs. IV), tantôt il est libre et peut se confondre avec une anse intestinale, tantôt, et c'est presque la généralité, il est adhérent au sac ou à l'épiploon, ou même aux piliers du canal inguinal (obs. VII).

A sa coupe on reconnaît les lésions de l'appendicite folliculaire plus ou moins avancées, avec des points suppurés, s'ouvrant dans la muqueuse, et séparés de l'extérieur quelquefois seulement par la séreuse. Les parois de l'appendice sont épaisses, altérées (obs. IV), le canal appendiculaire est rétréci ou oblitéré à son origine ou en un point quelconque de son trajet. Les obstructions du canal favorisent la formation de cavités closes qui recèlent parfois un liquide peu abondant, muco-purulent, sanieux, sanguinolent, tel le malade du service de M. le Professeur Gross (obs. IV) chez qui à l'intervention on découvre un calcul stercoral qui oblitère le canal appendiculaire contenant une bouillie fétide.

D'autres fois on relève la présence de corps étrangers qui déterminent au niveau de la muqueuse des phénomènes infectieux qui peuvent s'apaiser ; alors s'installe l'*appendicite chronique* [la cavité appendiculaire peut alors se transformer parfois en un kyste à liquide inoffensif, comme dans le cas rapporté par Demoulin (1)] ; mais généralement, sous l'influence de la destruction des éléments lymphatiques par les toxines et peut-être de l'oblitération des vaisseaux

(1) Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie (hernies).

qui compriment les leucocytes agglomérés dans les follicules, la suppuration ne tarde pas à apparaître (*appendicite suppurée*). Si on n'intervient pas à ce moment, le petit abcès folliculaire va s'ouvrir, se vider vers la muqueuse, créant ainsi une ulcération, ou bien il évolue vers la séreuse, alors les leucocytes émigrent vers le péritoine en suivant les voies lymphatiques ; il se forme ce que Letulle a appelé la lymphangite térébrante. Ce n'est là qu'un cas particulier de péritonite par migration transpariétale des microbes intestinaux sans perforation. L'infection de la séreuse se traduit par la formation d'abcès sous-péritonéaux, c'est-à-dire d'abcès d'abord miliaires, puis plus volumineux ; par la formation d'adhérences, de fausses membranes qui fixent l'appendice aux parois du sac herniaire.

Ce diverticule péritonéal va réagir à l'infection en formant un liquide citrin qui se troublera de plus en plus en donnant naissance à de petits flocons nuageux qui transformeront petit à petit la collection séreuse en un véritable foyer purulent. L'appendice peut se perforer (obs. V et VI), on constate sur l'appendice une perforation assez large pour admettre l'extrémité de l'index et qui fait communiquer sa lumière avec la « cavité de l'abcès ». Dans ce cas les matières fécales viennent se mélanger au pus, les vaisseaux nécrosés pourront s'ouvrir dans la cavité de l'abcès et à l'incision jaillit un liquide grisâtre, purulent, dégageant une odeur infecte.

Enfin le processus inflammatoire peut rester limité

au sac herniaire. La peau devient luisante, tuméfiée et violacée. Le scrotum lui-même est œdématié et la masse purulente s'ouvre spontanément par une série de petits pertuis cratériformes qui conduisent dans des trajets plus ou moins fistuleux (obs. I), c'est la forme phlegmoneuse qui s'installe.

CHAPITRE III

Symptomatologie

L'aperçu étiologique de l'appendicite herniaire que nous avons donné précédemment nous permet de comprendre combien il doit être délicat et difficile de poser un diagnostic précis. Certains cliniciens ont eu des soupçons (obs. VI), mais aucun n'a été affirmatif. Ceci tient à ce que cette variété d'appendicite est relativement peu fréquente. Le docteur Louis Michel, alors chef de clinique de M. le professeur Weiss, dans une communication qu'il fit à la Société de Médecine de Nancy (juillet 1906) rapporte que sur 120 cas de hernie qu'il a opérés, huit fois il a trouvé la hernie de l'appendice, et une fois seulement l'inflammation de cet appendice hernié. D'après M. Caplesco, de Bucarest, sur 260 cas de hernies inguinales et crurales, treize fois seulement il a rencontré l'appendice hernié seul et dans 4 cas il existait une appendicite

herniaire. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, avril 1911.)

Symptômes locaux. — Un certain nombre de signes cependant nous permettront d'orienter nos recherches : un des plus importants est le symptôme « *douleur* » ; elle a ici certains caractères particuliers. Tout d'abord elle est localisée uniquement dans le sac herniaire, elle a un début brusque et atteint immédiatement une certaine intensité. Elle peut aussi revêtir un caractère « *paroxystique* ». Le malade ressent une sorte de lancement analogue à de fortes piqûres d'épingle et d'après Lévy « cette crise douloureuse bien localisée en un point précis venant de temps à autre se surajouter à une colique continue dans une hernie n'appartient qu'à l'appendicite et ce signe important sur lequel on devrait toujours insister dans l'examen d'une hernie, surtout d'une hernie étranglée, ne manquerait pas, bien souvent, de mettre sur la voie du diagnostic ». Il attire également l'attention sur l'absence d'irradiations douloureuses. Cette remarque souffre évidemment des exceptions, car on a noté la propagation de la douleur à l'épigastre (obs. III).

En règle générale, c'est une tumeur herniaire, maintenue depuis longtemps par un bandage, qui brusquement, parfois sous l'influence d'un « effort », parfois sans qu'on puisse invoquer une cause quelconque, devient brusquement douloureuse.

D'autres fois, l'apparition de la tumeur est contemporaine de la crise douloureuse (obs. III). Dans certains cas enfin, comme dans notre observation VIII,

la crise débute par des vomissements alimentaires, puis bilieux, par des selles diarrhéiques, par des coliques dans tout l'abdomen, mais plus marquées au niveau de la fosse iliaque droite. C'est le lendemain seulement que le malade constata l'existence d'une petite grosseur à la racine de la cuisse droite.

Cette tumeur herniaire a un *volume* variable comparé au volume d'une noisette, d'un poing (obs. II), d'un œuf de pigeon, d'une bille de billard, d'une orange (obs. I).

Sa *consistance* est ferme, d'une dureté « pierreuse ».

La masse herniaire possède un *pédicule* dont on peut faire parfois le tour avec le doigt, on a alors la sensation d'un cordon dur continuant le pôle profond de la tumeur vers l'abdomen (obs. III) ; tantôt ce pédicule est large et assez difficilement perceptible (obs. V) ; enfin, en règle générale, sa recherche est impossible à cause de la consistance dure de la tumeur herniaire.

Quant à la *crépitation* décrite par Sarfert (1) comme un signe de grande importance, nous ne l'avons rencontrée dans aucune de nos observations.

La *percussion* ne donne que des renseignements imprécis, on constate soit de la matité, soit de la sonorité normale.

Symptômes généraux. — L'état général des malades est ordinairement peu troublé. Osty, comme l'a fait remarquer Jacquemin, nous trace un tableau trop

(1) Sarfert. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* (1895-96).

sombre qui répondrait plutôt au cas d'un étranglement herniaire. « Le malade, nous dit-il, a le facies péritonéal, traits tirés, yeux excavés, pouls filiforme, dépressible, respiration anxieuse, excrétion urinaire pénible ou absente, etc... » Nulle part nous n'avons trouvé réalisée cette description. La plupart du temps tout se passe même sans élévation de température (obs. IV) ou avec une fièvre modérée (obs. III).

L'hyperthermie n'a été observée que dans les formes phlegmoneuses et l'hypothermie dans les cas de propagation de l'inflammation au péritoine.

Le pouls oscille généralement entre 80 et 90 pulsations à la minute. Les vomissements, à l'encontre de ce que soutenait Osty, ne sont pas un phénomène constant. Ils n'ont été constatés que dans huit des observations que nous avons rapportées précédemment. D'habitude tout se borne à un état nauséeux (obs. V et VI), parfois la scène morbide s'accompagne de vomissements alimentaires ou aqueux, rarement bilieux et exceptionnellement fécaloïdes (obs. VII et obs. XII).

La constipation est le plus souvent la règle, sans être absolue.

Exemple le cas de M. Louis Michel, dont nous avons parlé précédemment (obs. VIII) chez qui le début de la crise a été marqué par une véritable débâcle intestinale survenue brusquement au milieu de la nuit en même temps que l'apparition de vomissements d'abord alimentaires puis bilieux.

D'après Jaboulay et Patel (1), dans tous les cas

(1) Jaboulay et Patel. (Traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.)

d'appendicite herniaire où l'appendice est le seul organe contenu dans le sac, les phénomènes abdominaux sont très légers et l'arrêt des matières et des gaz n'est jamais que très incomplet. Ces données cliniques ne sont pas en rapport avec les faits d'observation (obs. III), arrêt complet des matières et des gaz depuis trois jours ; (obs. IV et V), ni gaz ni selle depuis la veille.

Comment expliquer ce phénomène, sinon par le retentissement sur le péritoine de la poussée inflammatoire appendiculaire ou par la formation d'un étranglement passager d'une anse d'intestin grêle.

La souplesse du ventre persiste presque toujours.

CHAPITRE IV

Formes cliniques

Comme dans l'abdomen, l'inflammation de l'appendice qui se trouve dans un sac herniaire peut être soit aiguë, soit chronique, soit suppurée, correspondant exactement aux trois types anatomo-pathologiques que nous avons décrits. En outre, suivant que la collection purulente se localisera dans le sac herniaire, ou se propagera dans la cavité péritonéale, on aura la péritonite « herniaire » ou la péritonite « généralisée ».

Le tableau symptomatologique que nous avons tracé précédemment ne nous donne que des notions générales nous permettant de soupçonner le diagnostic d'appendicite herniaire, mais, à chacune des formes cliniques précédentes, correspondront certains signes particuliers, certains caractères spéciaux qui, joints aux anamnestiques fournis par le malade, nous

permettront de ranger le cas observé dans telle ou telle variété.

I. De beaucoup la plus commune est la forme dite « *Epiploïte herniaire* » ; un individu, présentant depuis longtemps une hernie, remarque un jour qu'elle devient irréductible. Elle augmente de volume, en même temps qu'il éprouve à son niveau une douleur très vive. Le chirurgien porte dans ce cas habituellement le diagnostic d'épiploïte herniaire (obs. V), et ce n'est qu'au cours de l'intervention que le diagnostic exact est posé.

II. Une autre variété assez fréquente est la forme dite « *phlegmoneuse* », l'inflammation au lieu de rester cantonnée au sac herniaire, se propage par destruction et rupture de ce dernier dans le tissu cellulaire avoisinant. Les tissus réagissent. La région herniaire devient très douloureuse ; en plus de la tension que l'on observe dans l'étranglement, on perçoit de l'empâtement qui traduit le travail inflammatoire qui se passe autour du sac. Des modifications se produisent du côté des téguments. La peau devient violacée, luisante, chaude, douloureuse ; elle augmente considérablement d'épaisseur, les tissus s'infiltrent, s'œdématient et nous avons alors tous les signes locaux d'un phlegmon qui le plus souvent ne reste pas localisé au niveau de la tumeur herniaire mais englobe aussi le scrotum.

A ce propos, nous croyons intéressant de rappeler la classification de M. Jacquemin. Il considère deux variétés d'appendicite herniaire phlegmoneuse :

1° la variété « suppurative » où tout évolue comme un abcès local ; la peau rougit beaucoup plus en un point, la palpation dénote de la fluctuation, puis l'abcès s'ouvre spontanément, du pus s'écoule parfois mélangé à des gaz, à des concrétions, à des corps étrangers (obs. III, IV, V, VI). Les phénomènes locaux s'améliorent rapidement, avec, toutefois, persistance d'une fistule si on n'intervient pas secondairement. Les phénomènes généraux n'ont jamais été bien graves.

2° La variété « phlegmoneuse » proprement dite, dans laquelle les phénomènes généraux et locaux sont ceux d'un phlegmon diffus, septique, avec toute sa gravité : rougeur, gonflement, phlyctènes quelquefois, tuméfactions énormes.

La palpation est excessivement douloureuse. L'état général est très mauvais ; la température atteint de 39° à 39°5. Il y a de la constipation, rarement de la diarrhée, bientôt la peau se sphacèle, et il s'écoule un pus fétide contenant des débris de tissus nécrosés, de vastes décollements se produisent. Morestin, Potherat, Legueu, ont insisté sur cette dernière variété.

III. La *forme latente* est peu fréquente. Les observations que l'on connaît sont le résultat de découvertes opératoires (obs. VIII). Inutile de dire que le diagnostic est impossible à poser. C'est à cette dernière forme que l'on doit rattacher évidemment les appendicites « à répétition ». Entre deux crises aiguës, l'appendice est chroniquement enflammé et si on intervient chirurgicalement dans cet intervalle,

si on fait l'ablation de l'appendice et qu'on soumette la muqueuse à un examen microscopique, on rencontrerait sûrement les lésions caractéristiques de l'inflammation chronique.

Formes anatomiques

Les hernies de l'appendice, au même titre que les hernies en général, sont soit *congénitales,* soit *acquises,* mais ce qui les distingue surtout de la forme commune c'est qu'elles peuvent être *extrapéritonéales.*

L'appendicite herniaire *intrapéritonéale* est celle que l'on rencontre presque toujours : *a*) tantôt l'appendice, très long, pourvu d'un méso prolongé, très graisseux, est tout entier dans le sac herniaire, dont il constitue à lui seul le contenu ; *b*) tantôt il n'est renfermé que partiellement dans le sac où se trouve seulement son extrémité, ou son corps infléchi en anse (incarcération rétrograde) ; *c*) tantôt il cohabite dans le sac avec d'autres organes prolabés (cœcum, intestin grêle, épiploon).

D'après P. Berger, tout appendice hernié est rattaché soit à l'épiploon qui le recouvre, soit aux parois du sac par des adhérences inflammatoires. On a même vu l'appendice se fixer au pilier externe du canal inguinal (tel le cas assez curieux rapporté par le docteur Fauchery, obs. VII). Ce processus est vrai dans la majorité des cas, mais lorsque les accolements se forment le long du bord libre du méso-appendice qui abrite l'artère appendiculaire d'après M. Daniel, les

adhérences sont dans ce cas dites « *naturelles* » et ne résultent pas de phénomènes inflammatoires. L'explication en est donnée par les travaux de MM. Lardennois et Okinczye, de Cavaillon et Leriche. D'après ces auteurs, ces accolements sont liés au développement du gros intestin. Celui-ci est en effet primitivement libre dans la cavité abdominale, tout comme dans l'intestin grêle. Il possède un revêtement péritonéal continu avec un mésentère à insertion dorsale et axiale. Ce n'est que secondairement qu'il se fixe par accolement de son mésentère au péritoine pariétal primitif, mais il faut savoir que cette fixation est tardive et toujours incomplète et que, point très important, elle n'atteint pas le cœcum ni l'appendice, non plus que le côlon transverse et le côlon iliaque, mais sous certaines influences comme le fait de la présence de ces organes dans une hernie, le processus de coalescence peut dépasser les limites ordinaires et intéresser le cœcum et même l'appendice. La hernie est primitive, l'accolement secondaire. Tel est le cas de notre observation III. Les adhérences unissent seulement le bord libre du méso-appendice au péritoine pariétal qui forme le sac herniaire. Le reste de l'appendice est libre dans la cavité du sac, sauf le bout inférieur qui a contracté quelques adhérences inflammatoires autour de la pointe où se trouvait le corps étranger. Il s'est donc formé le long du bord libre du méso-appendice une ligne de coalescence réunissant le bord constitué par le péritoine viscéral avec le sac herniaire constituant le péritoine pariétal.

L'appendicite *extrapéritonéale*, quoique très rare,

mérite néanmoins d'attirer notre attention ; parfois l'appendice seul peut s'extérioriser de son sac par formation d'adhérences à la face postérieure, mais d'habitude le mode de formation est le suivant : depuis les travaux de Trèves (1) et de Tuffier (2), on sait que le péritoine passe, dans certains cas, au devant du cœcum et de l'appendice sans les envelopper. Comme l'a fait remarquer ce dernier auteur « le cœcum est partout recouvert de péritoine, et la main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde, et dans certains cas par aberration de développement le cœcum et l'appendice peuvent se développer derrière la séreuse péritonéale et « glisser » alors dans le tissu cellulaire iliaque, au-dessous du péritoine pour former une hernie sans sac ». M. Georges Gross (3), dans son travail sur les hernies du cœcum donne l'explication du mécanisme de ce glissement. Dans ces conditions on comprend l'existence de l'appendice extrapéritonéal. Guibal et Rostand, en 1903, à l'occasion d'un fait personnel ont groupé huit observations de ce genre : « Il s'agissait d'un homme de 35 ans, ayant présenté à plusieurs reprises des phénomènes d'engouement au niveau d'une hernie inguinale ancienne. En août 1902, la tumeur grossit, devient douloureuse, présente des phénomènes inflammatoires pouvant faire penser à un phlegmon ; pas de signes d'étranglement. On pose

(1) Trèves. — *British médical Journal*, 1885, t. I, 19 février 1887.

(2) Tuffier. — *Bulletin de la Société anatomique*, 5 novembre 1886. Etude sur le cœcum et ses hernies.

(3) G. Gross. — *Archives provinciales de chirurgie*, mai-juin 1903. Hernies du cœcum par glissement.

le diagnostic d'épiploïte ; à l'intervention on trouve en dehors du sac une collection, due à la suppuration de l'appendice, qui est extrapéritonéal, collé contre la face postérieure du sac. »

Polosson a signalé le cas d'un malade porteur d'une hernie inguinale irréductible depuis six jours, le septième jour, une selle et un vomissement. Le huitième jour les vomissements augmentent de fréquence, les douleurs abdominales s'accroissent, il y a du ballonnement. Le pouls est petit et rapide ; le scrotum est rouge et chaud. Le neuvième jour apparaissent les vomissements fécaloïdes. L'état général est très grave. On se décide à intervenir. Le sac herniaire contient de l'intestin grêle, le cœcum, et du liquide louche. Les anses intestinales ne sont pas étranglées. En dehors du sac existe un abcès, et dans cet abcès, on trouve l'appendice iléo-cœcal, totalement extrapéritonéal qui présente des lésions évidentes. C'est à l'appendice qu'il faut attribuer l'infection du sac herniaire voisin et secondairement la péritonite.

Elle peut apparaître à tous les âges, 1 à 9 ans (Beaumetz), à 79 ans (Walther). Elle est latente ou confondue avec les hernies vulgaires jusqu'au jour où éclatent les accidents inflammatoires. La bénignité de ces accidents, qui s'explique par le défaut de retentissement péritonéal, distingue l'appendicite extrasé-reuse de celle qui se développe dans le banal sac herniaire.

Nous en reparlerons à propos du diagnostic.

CHAPITRE V

Diagnostic et diagnostic différentiel

L'étude des symptômes locaux et généraux faite précédemment, jointe aux anamnestiques, va nous permettre d'orienter notre diagnostic, car il est à peu près impossible de le poser avec certitude.

On notera le *volume* de la tumeur herniaire, on s'assurera de sa consistance, on relèvera des signes particuliers, tels que l'immobilité de la cuisse dans l'attitude de la flexion (Kœlliker) et la strangurie nocturne (Luxardo Giordano) et par une série de déductions on arrivera à restreindre de plus en plus le cercle des probabilités.

Le malade a-t-il présenté des accidents péritonéaux ? On est immédiatement porté à incriminer soit l'intestin, soit l'épiploon ; lorsque l'évolution des accidents est modérée, silencieuse, on met en cause l'épi-

ploon ; si elle est bruyante, tapageuse, on incrimine l'intestin grêle (obs. IV et VII, etc...).

C'est, en effet, avec l'*épiplocèle* enflammé que l'erreur est le plus souvent commise, car tous les signes sont à peu près les mêmes : apparition brusque d'une tumeur volumineuse qui ne tarde pas à être le siège d'une douleur vive exacerbée par la pression, puis surviennent les coliques, quelques nausées, parfois quelques vomissements.

La constipation existe presque toujours et dans aucun cas l'arrêt des gaz n'est complet.

Cependant, dans l'appendicite herniaire, la douleur débute généralement avec plus de « brusquerie ». Elle présente, comme nous l'a fait remarquer M. Lévy, des « paroxysmes » qui constituent un élément précieux de diagnostic.

La tumeur est plus dure, elle a une consistance « pierreuse », elle donne rarement l'impression d'une certaine mollesse. Si nous trouvons une masse finement lobulée, on peut penser à une épiplocèle (obs. V).

La constatation d'une corde abdominale au-dessus de l'orifice herniaire est un excellent signe d'épiploïte, mais souvent l'épiploon et l'appendice étant contenus dans un sac, il sera bien difficile de discerner les accidents produits par l'un ou l'autre.

L'appendicite peut aussi simuler l'*entérocèle étranglée*, le pincement latéral de l'intestin. C'est une forme qui n'est pas si rare que Jacquemin veut bien le dire. Les observations que nous rapportons en font foi.

Parfois l'appendice est accompagné dans le sac

herniaire par une anse intestinale. On comprend facilement que l'appendice enflammé va secondairement comprimer l'intestin et le tableau clinique sera des plus impressionnants : « L'état général est inquiétant dès les premières heures ; il y a arrêt complet des matières et des gaz. La douleur est localisée surtout au collet du sac herniaire, les vomissements sont constants, répétés, incessants, d'abord alimentaires, puis bilieux et fécaloïdes. »

On pourra enfin avoir à discuter le diagnostic avec : 1° chez l'homme, les affections du testicule, du cordon et des bourses ; 2° chez la femme, avec l'inflammation des grandes lèvres, les kystes du canal de Nück, les hernies de l'ovaire, les abcès de différentes natures pouvant prendre naissance dans la région inguinale.

En résumé, le début très brusque de la douleur, son caractère paroxystique, l'absence de symptômes péritonéaux, la rareté des vomissements, l'arrêt incomplet des matières et des gaz, un état général moins grave que dans la hernie étranglée, sont autant de signes précieux qui permettront d'affirmer le diagnostic. Nous les trouvons tous réunis dans l'observation VI qui, pour cette raison, peut être considérée comme le tableau schématique de cette variété d'appendicite.

Mais le plus souvent le diagnostic ne sera posé que le bistouri à la main : c'est en opérant, en incisant un phlegmon des bourses, en curettant et en débridant le trajet d'une vieille fistule scrotale que l'opérateur aura la surprise de découvrir un appendice plus ou moins gangréné.

Pronostic

D'après Osty, le pronostic de l'appendicite herniaire est très « sombre ». Si l'appendice est seul hernié et enflammé il pourra s'étrangler consécutivement et, par conséquent, se gangréner, ce qui est un facteur considérable de gravité.

Si, comme il est fréquent, l'appendice n'est pas seul dans la hernie, l'épiploon, le cœcum, l'intestin grêle qui l'accompagnaient, pourront transmettre leur inflammation au péritoine abdominal et provoquer ainsi une péritonite généralisée. La gravité de l'appendicite herniaire approcherait de très près celle de l'entérocèle étranglée avec cette différence qu'en cas de non-intervention l'appendicite herniaire peut encore guérir par ouverture de l'abcès herniaire à l'extérieur et par formation de fistules interminables. Mais le plus souvent le malade est la proie de la septicémie, de l'infection purulente et rarement de la péritonite généralisée.

M. Lévy a insisté longuement sur le degré variable de gravité suivant que l'appendice enflammé est contenu en entier dans le sac herniaire ou n'y est qu'incomplètement descendu du tiers ou de la moitié de sa longueur.

Dans le premier cas, le pus, d'abord localisé dans la couche des follicules clos de l'appendice, fusera de

proche en proche à travers les différentes tuniques, d'une part vers la muqueuse, d'autre part vers la séreuse, en allant irriter la zone péri-appendiculaire. L'appendice se perforera ; il se formera des fausses membranes, la péritonite locale se déclarera ; l'inflammation pourra gagner de proche en proche la cavité péritonéale et donner lieu aux complications abdominales les plus graves. Mais avant que des désordres aussi sérieux aient eu le temps d'éclater, l' « étranglement » a pu se produire, et cette constriction sur un appendice enflammé et complètement engagé dans le sac peut être considérée, dans une certaine mesure, comme un moyen de défense pour l'organisme.

L'agent d'étranglement sera là comme une barrière empêchant la péritonite sacculaire de se propager vers l'abdomen.

Dans le second cas, nous aurons la portion de l'appendice située au-dessous de l'étranglement qui engendrera la péritonite herniaire, et la portion supérieure qui pourra déterminer la péritonite abdominale. Ces phénomènes locaux ne sont pas les seuls que l'on ait constatés. On a vu se former des abcès à distance (*abcès pelviens*), les uns perceptibles à la palpation abdominale, les autres pouvant simuler un abcès périnéphrétique (*abcès lombaire*) ou se développant à la racine de la cuisse, le long de la gaine des vaisseaux fémoraux (*abcès crural*).

Si l'appendice est extra-péritonéal, les conditions sont beaucoup plus favorables car toute la scène morbide se passe absolument en dehors de la cavité péri-

tonéale. L'appendice est situé en dehors du sac herniaire et n'a aucun rapport avec le prolongement de la séreuse péritonéale. L'abcès formé est alors « *extra-sacculaire* ». Gangolfe et Polosson ont rapporté plusieurs observations de ce genre. Le pronostic est donc moins sérieux à l'heure actuelle grâce à l'intervention chirurgicale hâtive et sur 16 observations publiées depuis 1905, un seul cas de mort a été constaté (obs. III).

CHAPITRE VI

Traitement

Traitement prophylactique. — Le diagnostic d'appendicite herniaire, comme nous l'avons fait remarquer, n'est jamais sûr. Aussi toutes les fois que dans la région inguinale ou crurale nous trouverons à l'examen une tuméfaction douloureuse traduisant ainsi une compression d'un organe, soit épiploon, soit intestin, soit appendice, il faudra s'abstenir d'ajouter, à ce premier traumatisme latent, une irritation nouvelle par le port d'un « *bandage* ». Il faudra donc supprimer cet appareil de contention qui aurait une action néfaste sur la tumeur herniaire en entretenant et même en augmentant l'inflammation existante par un frottement continuel. Quant au « *taxis* » nous n'en parlerons que pour insister sur le danger qu'il y aurait à pratiquer d'une façon aveugle et systématique la réduction forcée d'une tumeur herniaire dont on n'est jamais certain du contenu. Cependant cette

manœuvre est tentante et trop souvent les praticiens y ont recours. De ce fait ils congestionnent un appendice déjà turgescent et déterminent à son niveau une poussée inflammatoire suraiguë. Si l'appendice est sphacélé, nageant dans un masse purulente, ils font fuser le liquide infectant dans la cavité péritonéale et, de cette façon, substituent à des conditions heureuses naturelles des conditions presque fatalement mortelles. D'autre part, si l'on s'en tient à l'expectative ou à un traitement purement médical : immobilisation absolue, application de glace, opium, etc..., cet appendice herniaire va soit devenir chronique (obs. I et III), (le malade est à la merci des rechutes), soit évoluer vers la forme suppurée (obs. III) ou vers la forme phlegmoneuse (obs. IV). Dans certains cas moins heureux l'infection peut gagner le péritoine, nous n'avons relevé aucune observation de ce genre ; toujours le chirurgien a été appelé avant que la généralisation n'ait eu lieu.

Par conséquent, en présence d'un cas d'appendicite herniaire il n'existe qu'une seule thérapeutique c'est l'intervention sanglante.

Traitement chirurgical.— Lejars, dans son « Traité de chirurgie d'urgence », a décrit la technique opératoire de cette intervention : Il envisage plusieurs cas suivant que l'inflammation de l'appendice s'accompagne ou non d'étranglement, et selon que l'appendice plonge plus ou moins dans le sac herniaire. C'est en nous inspirant de ses travaux et surtout des recherches de M. Daniel que nous sommes arrivés à prescrire les indications suivantes ; Si l'appendicite

herniaire est *extrapéritonéale* et s'il n'y a pas de sac péritonéal au voisinage de l'appendice comme dans les cas de Cabaret, Roland, Guibal, Stecchi, il suffit de jeter un fil à l'implantation cœcale de l'appendice.

S'il *existe un sac,* on pourra tenter l'ablation sous-séreuse de l'appendice surtout lorsque celui-ci baigne dans le pus. On doit redouter alors la contamination péritonéale. Mais dans la majorité des cas l'appendicite est *intrapéritonéale,* on doit alors avoir recours à une intervention hâtive, on n'a pas à en discuter les dangers étant donné que l'on se trouve en dehors de la grande cavité péritonéale.

La technique opératoire variera légèrement suivant les cas.

1° Dans la *forme phlegmoneuse* elle se bornera à une incision de la paroi, à une évacuation du pus, à une ablation de l'appendice si sa recherche n'est pas trop compliquée ; un drainage et une irrigation quotidienne du foyer purulent assureront la guérison. Grâce à l'antisepsie moderne, nous n'avons plus à reculer devant la cure radicale de l'appendice comme le faisait Morestin qui incisait d'abord la zone phlegmoneuse et ne pratiquait que plus tard l'appendicectomie. Il craignait, en sectionnant l'appendice après avoir traversé ce milieu purulent, d'exposer le moignon appendiculaire à une suppuration secondaire.

2° Dans la *forme fistuleuse,* il suffit de suivre le trajet de la fistule jusqu'au niveau de l'appendice malade que l'on reséquera (obs. I). Les indications sont les mêmes que dans la forme précédente.

3° Dans la *forme ordinaire,* les lésions inflammatoires n'ont pas dépassé le sac, un étranglement suffisamment serré protège la cavité péritonéale contre l'infection.

a) Tantôt l'appendice est « libre » dans le sac herniaire : Exemple, le malade dont nous rapportons l'observation (obs. II), « chez lui à l'ouverture du sac on trouve un volumineux appendice turgescent, en forme de battant de cloche » ici, on incisera la paroi en commençant très haut, on fera en somme une *hernio-laparotomie ;* ensuite on incisera le sac jusqu'à la base de l'appendice, puis l'appendicectomie terminée on enfouira le moignon et après résection du sac on passera à la réfection de la paroi.

b) Si l'appendice a contracté quelques adhérences avec le sac (obs. I), on commencera par faire une incision circulaire de celui-ci au niveau de la racine de l'appendice, puis on sectionnera l'appendice à la base après avoir lié le bout cœcal et les vaisseaux appendiculaires. Il ne restera plus ensuite qu'à disséquer l'appendice entouré de son sac.

c) Si enfin l'appendice est totalement adhérent au sac, on fera une véritable cure radicale, en ce sens que l'on sectionnera les deux simultanément.

CONCLUSIONS

1° Les hernies de l'appendice sont soit congénitales, soit acquises. Les unes et les autres peuvent être intrapéritonéales (la généralité) ou extrapéritonéales (très rares).

Les hernies acquises se forment :

A) Par traction péritonéale sur l'appendice adhérent ;

B) Par appendice mobile hernié dans un sac préformé.

2° Sous le nom d'appendicite herniaire on comprend l'inflammation de l'appendice iléo-cœcal dans une hernie, que l'appendice soit seul (appendicite herniaire proprement dite) ou associé à d'autres organes, tels que l'épiploon, le cœcum ou l'intestin grêle, etc... (appendicite en milieu herniaire).

3° L'appendicite herniaire se rencontre dans le bas âge et *surtout dans la vieillesse.*

4° On peut voir apparaître très rarement des vomissements fécaloïdes (obs. VII et obs. XII).

5° Le pronostic est relativement bon (mortalité 1/16) et se trouve lié à une intervention précoce.

Vu :
Nancy, le 30 octobre 1913.
Le Président de la thèse,
Weiss.

Vu :
Nancy, le 31 octobre 1913.
Le Doyen,
Gross.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 1er novembre 1913.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. Adam,
Correspondant de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

1° Pour les publications antérieures à 1900 se reporter aux thèses des docteurs Charnois (Lyon), Bariety (Paris), 1894, Osty, Paul Naquet (Paris), 1900.

2° Pour les publications de 1900 à 1905 se reporter à la thèse du docteur Jacquemin (Paris), 1904-1905.

Année 1905

Leduigou. — Etranglement de l'appendice iléo-cœcal dans le canal crural. Thèse Paris.

Jacquemin. — Etude clinique de l'appendicite herniaire inguinal et crurale. Thèse Paris.

Golding. — An inflamed appendise in an inguinal hernia simulatory strangulation (Med. Rev. New-York).

Lemaire. — Appendicite herniaire (Normandie Médicale, Rouen).

Rigou. — Hernie crurale droite appendiculaire étranglée. Cure radicale. Ablation de l'appendice. Guérison. (Bulletin Société Anatomique, Paris.)

Ternier. — Appendicite suppurée chez un vieillard de 81 ans (Dauphiné Médical, Grenoble).

Southam. — Med. chronic. (Manchester).

Vivié. — Annales d'hygiène et de médecine coloniale, Paris.

Kirmisson. — Bulletin de Société de Chirurgie, Paris.

Année 1906

Silhol. — Marseille Médical (p. 279 et p. 326-330).

Sorel. — Archives provinciales de chirurgie, Paris.

Riche. — Appendicite herniaire dans une volumineuse épiplocèle crurale irréductible. (Bulletin de la Société anatomique, Paris.)

Michel. — Appendicite herniaire latente (Revue Médicale de l'Est, Nancy).

Marque (E.). — De la coexistence de l'appendice et de la hernie inguinale droite. Traitement opératoire. Thèse de Bordeaux.

Massoulard. — Etranglement herniaire de l'appendice et appendicite herniaire (Archives Provinciales de Chirurgie, Paris).

Jonon. — Etranglement de l'appendice dans un sac de hernie crurale (Gazette Médicale, Nantes).

Cloog. — Strangulation of. the appendice vermiformis in hernial-sac (Lancet-London, II).

Année 1907

Bergam. — Hernie de l'appendice cœcal (type inguinal). (Bulletin Société Med. et Chirurg. de la Drôme, Valence.)

Caplesco. — Hernies de l'appendice et appendicite herniaire (Revue de Chirurgie).

Barnett (W.) et Mactié (J.-W.-S.). — A case of. append. excited by a. clove. the appendice being the sole visens in. a. hernial sac (Lancet-London, II-512).

Le Jentel. — Un cas d'appendicite herniaire inguinale à forme rare (Archives Provinciales de Chirurgie, Paris).

Delore et Charlier. — Lyon Médical.

Wegener. — Append. herniaire. Thèse Giesen.

Marganchik. — Etranglement et inflammation de l'appendice dans les hernies inguinales (Russk-Vrach, Saint-Pétersbourg).

Année 1908

Camelot. — (Journal des Sociétés Médicales de Lille.)

Merlo. — Contribution à l'étude de l'appendicite herniaire. Thèse Montpellier.

Launay. — Appendicite aiguë dans un sac herniaire (Bulletin Société Chirurgie, Paris). Rapport par Villemin, 660-685.

Koerber. — Mitt. a. d. Hambourg-Staats Krankenanst.

Kirmisson. — Hernie isolée de l'appendice du côté droit sans sac péritonéal (Bulletin Société Chirurgie, Paris).

Giltay. — A propos d'appendicite herniaire.

Deletrez. — Appendicite herniaire (Journal de Chirurgie et Annales Soc. belge de Chirurgie, Bruxelles).

Christel. — Zur Diagnos. des appendicit. in Bruchsack (Strasbourg Méd. Zeitung).

Cunning. — Inguinal hernia with. présen. in the sac of an appendise wich hab. been subject to an attack of. appendicitis (Med. Presse and London).

Basham. —Hernia of appendise complicated with appendicitis (Annal of surgery, t. XLVIII, n° 188).

Aschoff. — Die Wurmf ortsatzentzündung. Eine pathologische, histologische und pathogenische studie (Iena).

Année 1909

Broca. — Appendicite aiguë ou hernie étranglée. (Presse Médicale.)

Brinkmann. — Ein Beitrag zu den Erkrankungen des Wurmfortsatzes im Bruchsack (Th. Leipzig).

Bérard et Vincent. — Appendicite herniaire latente (Rev. de Chirurg., 1909, page 847).

Rellock. — Lancet London, t. II, p. 294).

Roux de Brignolles. — Fistule consécutive à l'ouverture d'abcès d'origine appendiculaire dans un cas de hernie

de l'appendice isolé (Soc. de Chirurg. de Marseille, 17 juin).

Année 1910

Brouardel et Gilbert. — Nouveau traité de médecine et de thérapeutique.

Grae. — Lésion of the isolated appendise vermiformis in the hernial sac (Britisch med. J. London, 1910-11).

Gorse. — Hernie et appendicite. Bulletin Méd., Paris, 2 mars 1910.

Barsiekow. — Au sujet de l'appendicite dans un sac.

Massini. — Hernie étranglée de l'appendice (Société de Chirurgie de Marseille, 10 novembre).

Tixier. — Appendice et hernie inguinale. Hernio-laparotomie (Lyon Médical, p. 699).

Année 1911

Ollenrenshard. — Un cas de hernie étranglée de l'appendice (The Lancet, 4 mars).

Caplesco. — Hernie de l'appendice et appendicite herniaire. Rapport de H. Picqué (Bulletin de Société de Chirurgie, avril).

Gallois. — Appendicite herniaire (Bulletin de la Soc. de Chirurgie, avril).

Lorenz et Latronche. — A propos de l'appendicite herniaire (Journal de Chirurgie).

James. — Crises graves d'appendicite dans un cas où l'appendice était situé dans une hernie scrotale. Opération. Guérison. (The Lancet, t. CLXXXI, 2 décembre, n° 4605.)

Cernezzi. — Nouvelle contribution à la pathologie et au traitement des hernies de l'appendice (La clinica chirurgica, t. XIX, n° 11, 30 novembre).

Menchikoff (H.-N). — Un cas de gangrène de l'appendice vermiforme dans un sac herniaire (Chirourguia, t. XXVIII, n° 168). Décembre, p. 773 à p. 783.

Année 1912

Daniel. — Un cas d'appendicite herniaire avec adhérences du méso-appendice au sac et corps étranger de l'appendice simulant une occlusion intestinale (Gazette des Hôpitaux, 25 juillet).

Gross (Georges) et Heully. — Deux cas d'appendicite herniaire avec corps étranger de l'appendice (calcul stercoral et fragment d'os). Revue Médicale de l'Est, 1er août.

Richet (Ch.). — Les appendicites hématogènes et l'élimination microbienne de l'appendice (Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition, t. VI, novembre).

Leunart-Norlin. — La hernie appendiculaire et l'appendicite herniaire (Archives générales de Chirurgie, Paris, 25 décembre).

Année 1913

Daniel. — De l'appendicite herniaire (Progrès Médical, 22 février).

Fauchery. — Hernie du cœcum irréductible par appendicite herniaire (Gazette des Hôpitaux de Toulouse, 16 août).

Baudet. — Sur un cas d'appendicite herniaire (Soc. de Chirurgie de Toulouse, 6 juin).

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
Introduction	5
Chapitre premier. — Observations	9
Chapitre II. — Étiologie et Pathogénie	24
Anatomie pathologique	34
Chapitre III. — Symptomatologie	39
Chapitre IV. — Formes cliniques	44
Formes anatomiques	47
Chapitre V. — Diagnostic et diagnostic différentiel	51
Pronostic	54
Chapitre VI. — Traitement	58
Conclusions	61
Index bibliographique	63

Nancy. — A. Crépin Leblond 21, Rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
LABOR
OMNIA
VINCIT